

Formulario de Permiso Médico del Estudiante

Se debe completar un formulario nuevo para cada excursión
(Por favor escriba a mano o a máquina)

CCF-455.1
Rev. 05/17

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial

Nº del estudiante: _____ Dirección: _____
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del Hogar: (____) _____ Escuela: _____ Maestro: _____

Destino de la Excursión _____ Fecha: _____

Información para casos de Emergencia

Nombre del padre/Tutor(es): _____

Teléfono Celular/Trabajo/Hogar (____) _____ o (____) _____

Persona de contacto en emergencias (si no se localiza a los padres): _____ Tfn. (____) _____

Nombre del médico: _____ Tfn. (____) _____

Información Médica y Receta Médica

¿Tiene el estudiante algún problema de salud? Sí No Si contestó sí, por favor descríballo: _____

¿Asistirá su hijo a una excursión si las horas sobrepasan el horario escolar regular? No Sí

Si su hijo necesita medicación o algún procedimiento de salud que no se realice en la escuela, la oficina de salud necesitará el papeleo apropiado y las órdenes del proveedor de servicios de salud con licencia (LHCP) por lo menos diez días antes del viaje. Para preguntas, preocupaciones o para obtener los formularios exigidos, por favor comuníquese con la oficina de salud de la escuela de su hijo.

Por favor a continuación marque la casilla apropiada:

- Mi hijo no necesita ningún medicamento durante la excursión.
- Mi hijo necesita un inhalador o una pluma de epinefrina.
 - Se necesitan las órdenes del proveedor de servicios de salud con licencia y el formulario de autorización del padre o tutor CCF 643.
 - De acuerdo con el NRS 392.425, se exige el permiso del proveedor de Servicios de Salud para que su hijo puede llevar consigo esos medicamentos y se los pueda auto administrar. (Se puede obtener el formulario HS – 96 en la Oficina de Salud).
- Mi hijo necesita cuidado de la diabetes durante la excursión.
 - Se exigen órdenes de cuidado extendido para su cuidado fuera de las horas escolares.
 - Se necesitan las órdenes del proveedor de servicios de salud con licencia y el formulario de autorización del padre o tutor CCF 643.

- Mi hijo necesita medicamentos o un procedimiento de salud durante la excursión.
 - Los medicamentos deben estar en un recipiente etiquetado adecuadamente por la farmacia y no pueden tener más de un año.
 - Los medicamentos sin prescripción médica requieren la prescripción de un proveedor de cuidados de salud con licencia y se deben estar en el recipiente original. La prescripción debe incluir el nombre del estudiante, dosis y horario de la toma.
 - Se necesitan las órdenes del proveedor de servicios de salud con licencia y el formulario de autorización del padre o tutor CCF 643.

- SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA:** Mi hijo puede auto administrarse su medicamento (excepto las sustancias controladas) durante la excursión.
 - Los medicamentos deben encontrarse en un recipiente etiquetado adecuadamente con una anotación escrita de que el estudiante puede tener consigo el medicamento y se lo puede auto administrar.

Se exigen los siguientes medicamentos/procedimientos:

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis</i>	<i>Hora(s)</i>
<i>Medicamento</i>	<i>Dosis</i>	<i>Hora(s)</i>
<i>Medicamento</i>	<i>Dosis</i>	<i>Hora(s)</i>
<i>Procedimiento de Salud (Se exigen las órdenes del Proveedor de Cuidados Intensivos)</i>		<i>Hora(s)</i>

Si la información o necesidades médicas cambian durante el año escolar, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela.

Yo, el padre o tutor legal de _____ (mi hijo), autorizo y doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Clark (CCSD) para que se consiga cuidado médico en el caso de que ese cuidado médico sea razonablemente necesario. Entiendo que, es posible, se me localizará si se diera el caso de mi hijo necesitara atención médica. Doy al proveedor de cuidados de salud o al hospital acreditado autorización para que realicen cualquier procedimiento médico o cirugía razonablemente necesarios que esa esencial para el tratamiento de mi hijo y estoy de acuerdo con ser responsable de los pagos de dicho cuidado. Libero al CCSD, sus empleados y agentes de cualquier daño, responsabilidad o pérdida que pueda resultar al ejercer de buena fe la discreción asegurando un buen cuidado médico para mi hijo.

<i>Padre/Tutor (Escribir)</i>	<i>Firma del Padre/Tutor</i>	<i>Fecha</i>
-------------------------------	------------------------------	--------------